

平成 25 年度

武庫川女子大学大学院
博士學位論文要旨

訪問看護師の臨床判断のプロセスに関する研究
ー訪問看護師の実践と語りからー

臨床教育学研究科臨床教育学専攻

早 川 り か

目 次

序章

第1節 問題の所在と背景

第2節 本論文の構成と研究方法

1. 本論文で検討する内容
2. 本論文の構成
3. 研究の方法

第1章 訪問看護の現状と歴史についての検討

第1節 訪問看護の現状

1. 訪問看護師としての筆者の体験
2. 複雑かつ多様な問題を含む訪問看護の現状

第2節 訪問看護活動の特徴と訪問看護師の抱える困難性

1. 訪問看護の特徴
2. 事業所としての訪問看護活動
3. 高齢者福祉施策における訪問看護の役割
4. 療養者の居宅における看護師と療養者の関係性
5. 訪問看護の特徴と看護師の抱える困難性

第3節 訪問看護の歴史と変遷

1. 看護の歴史と訪問看護
2. 看護婦養成の開始と派出看護婦の誕生
3. 派出看護婦の活動
4. GHQによる制度改革と派出看護の衰退
5. 訪問看護ステーションによる訪問看護活動の再開
6. 看護の歴史からみえてくる訪問看護の課題

第2章 臨床判断におけるマニュアルおよび倫理観についての検討

第1節 臨床判断とマニュアル

1. 訪問看護におけるマニュアルの意義
2. マニュアルとは
3. 対人援助職の臨床におけるマニュアル
4. 看護における臨床とマニュアルの問題
5. マニュアル依存から臨床判断へ

第2節 臨床判断と医療従事者の倫理観についての検討

1. 医療におけるケアへの問い
2. 生命倫理の3つの段階
3. 医療従事者の倫理的葛藤
4. 「ケアの倫理」と「正義の倫理」の対立 ―男性と女性の道徳判断の差異―
5. 看護師の抱える「ケアの倫理」と「正義の倫理」の葛藤と臨床判断

第3章 訪問看護の実践および臨床判断についての研究

1. 訪問看護ステーションにおける調査研究の結果
2. 訪問事例の検討
 - 事例1 難病療養者の医療機器の導入への支援と判断
 - 事例2 ゴミ屋敷のような住居の療養者へのかかわりと看護師の感情
 - 事例3 初めての介護に戸惑う家族への支援
 - 事例4 緊急コールに依存する療養者と看護師の葛藤
 - 事例5 一人暮らしの難病療養者との交流と看護師の成長
3. 実践事例の検討から見えてくる訪問看護師と療養者の関係と看護師の臨床判断

終章 総合的考察

第1節 訪問看護師の臨床判断の様相

1. 文献研究の総括
2. 調査研究の総括

第2節 訪問看護師の臨床判断のプロセス

1. 文献研究と調査研究の総合的考察
2. 療養者とともに生きる存在としての訪問看護師
3. 特に長期的なかかわりの中での看護師と療養者の関係性

第3節 訪問看護師の臨床判断とは

1. 関係性の中で展開される訪問看護と看護師の感情
2. 訪問看護師の臨床判断

おわりに

引用文献・参考文献

1. 研究の動機と背景

わが国の訪問看護事業が本格的に開始されたのは、1992年の老人保健法の改正により、初めて老人訪問看護制度が認可されたことによる。これは、超高齢化社会（長寿社会）の到来により、慢性疾患をもつ高齢者の増加と医療費の高騰による医療経済の破たんなどが背景にある。2000年の介護保険法の施行により、訪問看護は、自宅での療養生活を支えるための大切な要として、地域に定着してきた。

訪問看護は1960年代頃から細々と存在していたが、制度が整備されていなかったため、看護師がいくら訪問を行っても診療報酬上の利益を受けることはできず、長い間訪問看護は、「訪問看護」というその言葉もない状態のまま、往診や外来診療の延長として、各地で多くの人々の善意と努力のもとに続けられていた。1992年の訪問看護制度の認可は、「看護師が療養者宅に訪問する」ということ自体に診療報酬を認めたもので、初めて「看護する」ということに対して報酬上の価値を認め、看護師による訪問看護ステーションの開業を認めるという、画期的な出来事であった。

医療施設などの施設内看護と地域での訪問看護の相違点としては、医療施設では患者の疾患名や入院事由により、入院から退院までの経過・治療法・薬品などが明示された包括医療の枠組みの中で、看護が展開されるのに対し、訪問看護では、療養者をとりまく環境、家族、経済状況など多様かつ不確定な要素に左右されることが多いこと、そして訪問看護師がその場で一人で状況を読み取り、判断しなくてはならないということがある。

以上のことを前提とし、本論文では、訪問看護の活動、特に訪問看護師が現場で行う臨床判断に焦点をあて、看護師が実践の場面でどのような過程を経ながら判断を行っているのかについて考察する。なお、ここでいう「臨床判断」とは、援助実践の場面において援助者が行う、その場の文脈にそくした状況依存的な判断のことである。また、「プロセス」という用語は、訪問看護師が臨床の場で、判断を行う際の看護師の思考過程のことを主に指しているが、その思考過程は、その場における瞬時のものというだけではなく、訪問看護師の判断が、訪問看護を取り巻く社会状況や、療養者の状況、看護師と療養者との関係性など、さまざまなことが重層的に関与し合いながら行われていると考えられるため、さまざまなことを考慮しながら判断を行う過程という意味として捉え、考察を進める。

2. 本論文で検討する内容と本論文の構成

1) 本論文で検討する内容

本論文は、訪問看護師の臨床判断のプロセスを明らかにすることを趣旨とするが、これに関連することとして、冒頭で述べた訪問看護の特徴および社会的背景に関するいくつかの点について理論的研究を行う。それは以下の点である。

- ・地域における訪問看護などの居宅サービスの意義
- ・地域における療養者と訪問看護師に影響を及ぼす社会の状況
- ・訪問看護師の居宅における業務範囲
- ・居宅における療養者と看護師の関係性
- ・居宅での援助活動の際に生じる訪問看護師の困難性

これらのことについて、文献などの資料や筆者の訪問看護師としての体験などをもとに検討を行い、訪問看護師の臨床判断を考える上でのいくつかの仮説と理論的枠組みを設定する。その上で、事例研究として、実際に訪問看護の場面に同行し、これらの仮説および理論的枠組みと照らし合わせながら、訪問看護師の臨床判断について考察する。

2) 本論文の構成

論文の構成としては、第1章では、訪問看護の現状とその歴史についての検討を行う。まず、訪問看護の特徴および現在の訪問看護を取り巻く状況について、文献および筆者の訪問看護師としての体験をもとにしながら、現在の訪問看護の状況と問題点を浮かび上がらせるとともに、これらの中から本研究をつうじて、検討すべき点を明らかにする。また、その上で、看護が職業として成立してきた明治時代では「派出看護」と呼ばれる看護師が患者宅に訪問する方法が主流であったことを踏まえ、現在の訪問看護制度が成立した経緯を歴史的に振り返る。そのことによって、国の医療・福祉施策と同時進行的に進んできた今日の訪問看護の特徴と訪問看護師のアイデンティティについて考察する。

第2章では、看護師などの対人援助職が援助の場面で判断を行う際にその拠り所としてあるものについて、特に対人援助職に必要とされるマニュアルや倫理観に焦点をあてながら考える。医療・看護におけるマニュアルは、医療の高度化やチーム医療の推進に伴い、整備されてきたが、マニュアルの細分化、複雑化によって、看護師が混乱、疲弊するという状況が生まれ、また、マニュアルにあてはまらないことが起こった際に、看護師が判断できなくなるということが起こるようになった。マニュアルの問題を考察することは、訪

問看護師の判断を考える上では重要である。

医療倫理や生命倫理の問題は、社会的な問題としても一般に広く知られ、現在の医療を行う上での、医療従事者の判断や行動の基準になっている。マニュアルや倫理などの看護師が判断を行うための基準は、医療の進歩や社会の状況に合わせて、その考え方や根拠が、日々変化しており、このこともマニュアルと同様、看護師の判断を考察する上では重要と考える。

そして第3章では、以上の第1章から第2章までの研究の結果を踏まえながら、訪問看護師の臨床判断の特徴についての理論的枠組みを設定する。その上で実際の訪問看護の場面での参与観察を行い、その観察の結果と設定した理論的枠組みを照らし合わせながら訪問看護師の臨床判断について考察する。ただし、訪問看護の実践には先述のような多様性が考えられることから、分析する上ではこの枠組みだけに固執することがないように努め、得られた事実を詳細に検討しながら、訪問看護師の臨床判断のあり方や、より良い援助への可能性について幅広い視点から分析を行う。

最終章では以上の研究の総括として、各章の研究結果を統合しながら、訪問看護師の現場での臨床判断のプロセスについての考察を試みるとともに、地域で問題や困難を抱えながら生活をする人々を支援する、対人援助職の臨床判断のあり方についても考察する。

3. 研究方法

1) 理論的研究

- (1)筆者の訪問看護師としての経験を振り返りながら、訪問看護を取り巻く社会の状況と現場の状況について考察する。
- (2)医療および訪問看護活動の歴史を振り返りながら、その歴史的背景や変遷が、現在の看護師の考え方やアイデンティティにどのように影響しているのかを考察する。
- (3)文献をもとに、訪問看護師がケアを行う上で、その判断の基準あるいは拠り所とする倫理観やマニュアルとの関連について考察する。

2) 事例研究

(1)調査方法

- ①療養者宅における訪問看護の参与観察
- ②訪問看護師への面接調査

4. 各章の概要

1) 序章

訪問看護の現状を踏まえた上で、本研究の目的、検討する内容、論文の構成、研究方法について論じた。

2) 第1章

第1章では、筆者の訪問看護師としての体験をもとに、在宅療養者の置かれた困難な現状、および療養者の抱える問題が病気や障害だけでなく家族問題、経済問題、社会問題など多岐にわたり、それらが複合的に関与していることから、訪問看護師が現場で非常な困難感を持ちながらケアを行っている現状に触れた。そしてこの困難感をもたらす要因は、訪問看護ならではの特徴に関連しており、それは次の3つの点に集約されると考えられる。第一には、訪問看護ステーションが事業所として運営されており、組織の利益を考えて行動することが求められること、第二には、国の高齢者福祉施策の一環として訪問看護事業が位置づけられており、地域福祉への貢献が訪問看護には求められているということ、そして第三には、療養者の居宅という極めてプライベートな部分に長期的にかかわるため、療養者との関係性が濃密になりやすく、判断の客観性が保たれにくくなること、などである。

さらに、訪問看護の歴史と変遷を辿ることで、看護師の役割意識や仕事としてのケアのありようについての考察をおこなった。訪問看護の歴史を辿っていくと、看護という職業のそもそもの発端が、派出看護という、看護婦が療養者のもとに赴き、一对一の関係の中で人が人を癒すというケアの営みを発端としていたことが明らかになった。明治時代に看護が初めて職業化された際、養成所を卒業した看護婦は療養者との個人的契約によって、病院や患者宅に訪問し、24時間付ききりで看護を行っていた。この形態は第二次世界大戦直後まで続き、全国には看護婦を派出するための看護婦会が多く存在していた。派出看護婦は、患者の寝息の変化を一つも聞き逃さないようにと注意しながら、患者の傍で寝泊りし看護を行っていた。当時は養成所を卒業して看護婦の資格を得ると、病院看護は医師の補助的業務が多く患者のケアがじゅうぶんにできない、本当の看護を行うには派出の方が良いと、派出看護婦を志望するものが多かった。しかし、多くの派出看護婦が良質な看護を提供しようと努力する一方で、一部の看護婦会の中には、看護婦から不当な登録料と取

ったり、不当労働を強いたりするなど営利に走る動きが見られるようになっていた。

こうしたこともあり、第二次世界大戦後、GHQ による看護制度の改革によって、病院での完全看護が推進されるとともに、派出看護婦会は、不当労働や搾取の問題が指摘され、解散の対象となった。同時に、医療施設の増加、充実なども進み、多くの看護婦が病院スタッフの一員として看護を行うことになった。これらのことにより、看護婦の姿は地域より姿を消し、地域は保健婦、病院は看護婦という活動形態が、戦後約 40 年間続いた。

現在の訪問看護は、これよりさらに時代が進み、少子高齢化の問題がクローズアップされてきた 1980 年代頃より、高齢者福祉施策の一環として徐々に開始されたが、2000 年の介護保険法の施行により急速に普及、定着した。訪問看護ステーションの設立が法的に認められた背景には、訪問看護が高齢者への保健医療福祉対策への役割を担うことが期待されたためであるが、これにより訪問看護は、自らの組織だけでなく地域の保健、医療、福祉という制度的な枠組みの中での役割を担うようになるとともに、それらの制度に貢献するということが求められるようになった。

このように歴史を概観すると、看護師がケアを行う相手や役割は、最初は患者との一対一の関係の中にあっただが、次第にその範囲は、病院という組織の一員としての役割、そしてさらには国や地域の保健医療福祉対策の担い手としての役割へと広がり、またチーム医療や多職種連携が進む中で、看護師と患者との関係性は、一対一から、一対複数、複数対複数など、状況に応じてさまざまな形態がみられるようになった。

また、派出看護婦会の衰退の経緯は、訪問看護が、利益を確保しながら経営を維持することの難しさを示唆している。

訪問看護が、患者との一対一関係を大切にしていることは今も昔も変わらないが、看護師の役割意識は、患者個人だけを対象としているのではなく、組織、地域、国などさまざまなものを対象としており、そうしたことの影響をうけながら看護師のアイデンティティは形成されているものと考ええる。

3) 第 2 章

第 2 章では、マニュアルや医療倫理と看護師の判断との関連について検討した。

医療・看護の現場には、業務の運営や患者の看護の方法に関するものなど、さまざまなマニュアルが存在するが、医療の高度化に伴い、看護師が守るべきマニュアルは、増加するとともに、より複雑なものへと変化していった。このことによって、看護師は、マニ

アルに気を取られ、患者の看護という本来の目的を見失いそうになるということが起こるようになった。しかし、臨床の現場では、マニュアルだけでは対応できない場合や、どうしたらいいのかわからなくなる場合も多くある。そのような場においては、マニュアルだけに頼ることなく、その場の状況を判断することが重要である。そしてその場合に、看護師が、より適切な判断をするために、大きな拠り所としているのは医療従事者としての倫理である。

医療倫理や生命倫理は、もともとは患者の回復を助けるために最善を尽くすという、医療従事者の基本姿勢を示すものであった。しかし医療の高度化にともなって、「やってみないとわからない」という実験的治療や、命の選択や人の寿命にかかわる治療などが可能になってきたことにより、個人の利益や信条による治療法の選択をいかにして支えるか、そして個人が行うその選択と社会的容認をいかにして整合させていくかという課題に、向き合うためのものへと、医療倫理は変遷し、その思想の中には誰もが判断の拠り所とできうようなガイドラインやルールの方策定といった意味合いが含まれるようになった。

医療倫理が医療従事者の行動の規範になっていることは間違いのない事実である。しかし、D.チャンブリスは、医療倫理は、現実の医療の現場で、苦しむ患者のケアを行う看護師の内面世界や看護師の「道徳的判断」には関与しておらず、むしろ医療倫理の背後にある医師中心のパターナリズムが看護師の患者へのケアへの思いと相反し、看護師の葛藤を生み出しているということを指摘している。なお、チャンブリスのいう、看護師の「道徳的判断」とは、看護師が医療におけるパターナリズムに支配された倫理だけではなく、患者の幸福や権利の尊重を重視しながら、主体的に行う判断のことを指している。チャンブリスは、医療における「倫理」のことを、社会的規範という意味合いが強いものとして述べており、それに対比する形で、看護師の判断を「道徳」という表現を用いて、看護師の判断が、より個人の責任性や主体性による判断であることを強調している。

4) 第3章

本論文では、訪問事例のうち、5事例に焦点をあてて検討を行った。

事例1は、人工呼吸器などの医療機器の導入についての医師、看護師の判断を療養者、介護者が受容できず、看護師が悩むケースであった。看護師は、介護者との長年の関係性の中で介護者のこれまでの努力や思いを尊重するあまりに、次の段階の医療処置が必要であることを告げることがなかなかできなかった。

看護師は、人工呼吸器の装着という医学的判断、すなわち患者の生命を守ることが第一であるという倫理と、家族の思いを尊重するべきであるという倫理との間で強い葛藤を感じており、悩んだ末に、看護師は、胃瘻導入時の際の夫婦へのかかわりかたとして、この夫婦に強引に胃瘻造設を推し進めるよりも、療養者の嚥下機能を詳細に観察しつつ、可能な限りの嚥下訓練やマッサージなどを夫と一緒に実施していくことにした。これは二つの倫理の間で悩んだ末の看護師の臨床判断といえる。看護師はこの夫婦へのかかわり方のことを「ギリギリのところでの判断」と語っていた。看護師は療養者の状態悪化や急変を常に念頭に置き、緊張しながら夫婦にかかわっていた。

医療の現場では、このように生命にかかわるぎりぎりの局面で判断をしなければならないことがあるが、その疾患や症状にあわせて定められているマニュアルと倫理、そして、家族の思いと看護師と療養者との関係性の間で、葛藤しながら行われるこのような判断に対して、なにが正解でなにが間違っているのかと言い切ることはできない。

事例2では、看護師は、ゴミ屋敷のようにになっている不潔で悪臭のこもった居宅、そして看護師の看護に対して拒否的な療養者の様子を前にして、この家には訪問したくないという気持ちと、しかし病状を考えると訪問しなくてはならないという気持ちの間で悩み、最終的には、訪問は続けなくてはならないと判断していた。この時の看護師は、療養者の状態を見た目以上には悪いと判断し、看護が切れるとどうなるかわからないと考えており、この療養者にかかわる他の援助者である、医師やヘルパーなどと連絡を取り合おうとしていた。これは、支援の難しい療養者に対して、他職種との連携、協働しながらより良い方法を模索し、連携しながら支えようとする考えからである。

事例3では、看護師は、初めて親の介護を経験する娘に対して、「少しでも介護が楽しく、楽にできるように」という思いをもちながら、介護指導を行っていた。これは、病院に対して不信感をもっている娘の気持ちを和らげたい、そしてこれから長く続くのであろう介護生活を、楽に過ごしてもらいたいという看護師の気持ちのあらわれであるように感じられた。看護師は、娘の気持ちに強く共感していた。しかしそれと同時に、娘が批判する病院については、同じ地域で医療にかかわる同業者という意識から、娘の言葉に同意することは控えていた。また、この療養者のめざましい回復について、「学会で発表したいぐらい」であるが、同じ地域の病院を批判することにつながる可能性のあることは避けなければいけないと、自制しているようであった。このことは、所属する訪問看護ステーションと病院との連携の障害になるようなことはできるだけ避けたいという思いからであり、そこに

は、看護師が地域における自分自身の役割や他職種との連携を強く意識していることがうかがえる。

事例4では、一人暮らしが困難となってきた療養者に対して、訪問看護で本人の一人暮らしの希望を尊重することと、支援の困難さの間で看護師が悩んでいた。ベッド周辺に生活に必要な物品のすべてを置き、あたかも要塞のようなベッドの上で、一日をほとんど動かないで過ごす療養者に対して、看護師はこれでいいのだろうかという疑問をもっていた。この療養者にとって緊急コールは命綱であるが、これにより看護師が再三呼び出されており、看護師の負担感は大きくなっていた。看護師は、訪問看護で、本人の意向をどこまで支えればよいのかという問題に直面し、本人の意向と、地域の保健医療福祉サービスと、看護師や介護ヘルパーの負担を考慮しながら、今後どうして行けばいいのかを懸命に模索していた。

事例5では、看護師は、難病のために29年間という長い月日を病院で過ごした療養者の人生に思いを馳せ、「なんともいえない」という気持ちで療養者とかかわっていた。当時の医療水準を考えると仕方のないことかもしれないが、5歳で家族から引き離されて34歳まで入院生活を送っていたという療養者の話は衝撃的であり、また、34歳で退院を決意し一人暮らしを実現するまでの語りには胸を打つものがあつた。看護師の「なんともいえない」気持ちは、おそらくこの療養者自身が抱いているのであろう悲しさやつらさ、くやしきなどへの共感と、そのような状況であっても、前向きに生きていこうとする療養者の姿に感銘を受けているからであろう。

また、この療養者の言葉の一つ一つが重く、人生への深い洞察に満ちており、看護師が訪問後に「学ばせてもらっている」、「人として付き合っていく」と語っていたように、看護師はこの療養者に尊敬の念を持っていた。この事例からは、看護師が人としてどう生きるか、どうあるべきかをともに学び、考えようとする姿勢をもちながら看護にあたっているということが見て取れた。この事例のようなケースは稀ではあるが、看護という営みの中で、看護師は療養者とのかわりから、人の生命の重さや人生のありようについて、深く考えさせられることが時にはある。看護師は、がん終末期の患者の胸のうちや高齢者の戦時中の体験、障害者やその家族の思いなど、多くの人々の話を聴きとりながら、それらを自分自身あるいは自分の家族の人生や思いに重ねてみたり、比べてみたりしながら人の命や人生について考え、また看護師として成長していくのではないかと考える。

5) 終章

本研究で得られた結果をもとに、訪問看護師の臨床判断のプロセスについて総合的考察を行った。以下、結論とまとめのところで述べる。

5. 結論とまとめ

文献研究、調査研究の結果を総合して考えていくと、訪問看護師が現場で行う臨床判断はさまざまな事柄の影響を受けながらおこなわれているという事実が明らかになってきたと考える。これまでの研究で得られた結果を訪問看護師の臨床判断への関与という観点から要約すると、次のようなことが浮かび上がってくる。

- ①訪問看護師としての役割意識
- ②医療従事者としての倫理観
- ③患者への共感
- ④所属する組織への責任感
- ⑤国や地域の保健医療福祉施策への役割意識
- ⑥自己の成長への期待

訪問看護師の臨床判断の特性を考えると、看護師として患者の生命を守るということを第一におきながらも、療養者の生活、これまでの人生、そしてこれからの人生に思いを馳せながら、療養者にかかわっていることがわかる。もちろん、訪問看護師の仕事には療養者の生活を支えるということがあるが、そこには単に支えるということだけでなく、療養者とともに生きるということが含まれていると考えられる。

そして、このような看護師と療養者の関係については、看護領域だけではなく、社会福祉や哲学など他の領域においてもそれぞれの観点より論じられてきた。

M.メイヤロフ（1971）は、ケアとは相手の成長を助けることであるということを前提におきながら、ケアが、「ケアをする人」から「ケアをされる人」へと一方通行的に施されるものではないということ、そしてケアを介してこの両者の間に生じる相互関係とのプロセスこそが、その人たちの自己実現を可能にし、人生にとって深い意味を持つものとなると述べた。そしてさらに、「過程の第一義的重要性」、つまりケアの結果だけでなく、その両者の相互関係におけるケアのプロセスがたいせつであると言い、「同じ場」の中で、「ケ

アをする人」が「ケアをされる人」の生の中に存在するからこそ、この両者の間には相互作用が生まれ、ケアの過程をともに生きることができ、そのことがつまりは、自分自身の生の意味を考え、本当の意味での生きるということなのだと論じた。A・クラインマン（1988）は、慢性の病いをもつ患者の語りを丁寧に聴き取り、患者の症状と成育史、生活史が密接に結びついていることを明らかにしたが、クラインマンの聴き取りは、単に患者の臨床像をある形に集約させることを目的とするのではなく、患者のストーリーを治療の当事者として共に生きるということを含んでいる。そして、クラインマンは、そのことが治療のあるべきひとつの形として必要なのではないかと問いかけ、慢性の病いを患者とともに経験することは、治療者にとっての *moral lesson*（人間的訓練、道徳的教育）ではないかと述べている。

訪問看護は、まさに療養者の居宅という場の中で、同じ時を過ごす看護であり、メイヤーロフやクラインマンの述べたことがあてはまることは多い。特に、訪問看護では、3年、5年、10年と長い期間、看護師と療養者の関係性は持続する。この長期にわたるという関係性は、看護師の判断に大きな影響を及ぼしているに違いない。ともに同じ時を過ごし、その相互関係の中でおこなわれる判断は、その判断の意味や適切性が、他者にはすぐにはわかりにくいものかもしれない。しかし、互いの変化・成長を認め合いながら行われる判断は、当事者にとって、より良いものである可能性が高いのではないか。

稲沢公一（2002）は、社会福祉領域の立場から、契約や金銭によって成立する援助関係は、本来、不安定なものであるために、援助者が当事者に対して、「逃げ出さない」姿勢を示すことは、援助者と当事者との信頼関係を構築する上では重要であるとした上で、さらに、当事者の抱える状況が困難であればあるほど、援助者も当事者も無力さを感じるようになるが、しかしその無力さから敢えて逃げ出さない決意をし、無力さを引き受け、共有するという選択を主体的に行う援助者は、もはや援助関係ということだけではなく、それは何か新たな関係性であるのかもしれない、そしてその無力さや苦しみを当事者と一緒に抱え込んで途方に暮れながら傍にたたずむということが、また人を支えることに結びつくのではなるのかもしれないと述べている。

この稲沢の考察を訪問看護の実践と臨床判断にあてはめて考えていくと、たしかに訪問看護でも、ゴミ屋敷に住まう療養者や、その他の筆者が同行した支援困難な事例では、もう契約を打ち切ってしまいたいと、つぶやきながらも結局は訪問を継続し、しみながら療養者の傍にたたずむというような場面があった。今回の調査研究で、筆者が訪問した事

例の中にも、すぐには解決のできない問題を抱えた療養者が多くいた。しかし、筆者が同行した訪問看護師らは、解決のできない問題に直面しても、決してあきらめることはなく、何かできることはないかと、常に考える姿勢を持ち続けていた。看護師は、療養者の問題をすべて明快に解決するという立場ではなく、療養者と同じ場で、ともにその苦しみを感じていこうとしていた。そしてまた、療養者も看護師のその姿によって支えられ、苦しいながらも耐えて生きていこうと、気持ちを新たにしていたように感じた。

このことは、稲沢の述べるような、新たな関係性による援助ということの一つのありようなのかもしれないが、当事者の苦しみを引き受けるということは、道徳的判断ともいべき、訪問看護の実践と臨床判断の一つの特性といえるのかもしれない。

村田久行（1994）は、終末期医療や高齢者福祉を研究する立場から、援助する側と援助される側の呼応を示す具体的感情として、信頼、反発、好悪などの感情をあげており、対人援助における両者の間にはさまざまな感情があることを示唆している。たしかに、援助する側と援助される側の間には常に強固な信頼関係が築かれるとは限らない。筆者がおこなった調査研究でも、事例2では、ゴミ屋敷で暮らす療養者に対して、看護師は嫌悪感を示し、またこの療養者もケアに対して拒否的な反応を示していた。事例4では、療養者の度重なる緊急コールによって、看護師はこの療養者に対して負担感を感じていた。ケアにおける人間関係は、必ずしも善意や温かさに満ちたものではなく、援助する側と援助される側の価値観や感情が激しく衝突する場合もある。しかし、そうではあるが、ここで取り上げた事例2や事例4のように、看護師と療養者の間に信頼関係が築かれていなくても、看護師は療養者に対して「なんとかしなくては」という気持ちをもっており、この気持ちによって訪問看護は続けられていた。看護師の気持ちの中には、もちろん、療養者との契約を遂行しなければならないという気持ちや、訪問看護ステーションの利益、そして地域の高齢者施策への貢献ということもあったはずである。しかし、筆者が訪問の場面に立ち会った際、看護師の態度や言葉から感じたことは、それだけではなく、人としてこの療養者のことを見過ごすわけにはいかないとでもいうような看護師の感情であった。

また、臨床哲学の研究者である鷺田清一（1999）は、ホスピタリティを職業とする人々、すなわち人を相手とする職業の誰もが「臨床」という場面の中で、他者の苦しみに無関心でいることができず、自らが苦しむ感覚を持っているということに触れた上で、「そういう他者の苦しみに苦しむわたしの〈傷つきやすさ〉のなかに〈責任〉（responsabilite）というものの根があるというわけだ」と、援助職が自らの苦しみを意識するところに援助とい

う行為の責任性ともいえる根幹が存在すると述べている。

事例2や事例4で、看護師は、目の前に対峙する療養者に対して、無関心ではいられず、苦しさを感じていた。事例3では、看護師は介護者である娘のくやしさを共感していた。また、事例5の難病の青年とのかかわりでは、看護師がその青年のそれまで歩んできた人生に思いを馳せ、その人生の困難さを想像することで看護師もまた傷ついていた。

地域で生活する療養者の中には、家族状況や経済状況などに恵まれない人、また病気によって思うような人生を送れなかった人など、その人生が不幸であったり悲惨であったりする人々も多くいる。ただし、そのような人々の人生を、他者が簡単に不幸であると決めつけることはできず、また、当の本人が自分のおかれた状況を不幸であると感じていない場合もある。しかし看護師が相手の状況をみて傷ついてしまうということは、今回の事例研究においても確かめることのできた事実であり、このような看護師の傷つきが、驚田の述べるような、無関心ではいられないという責任性、つまり、「なんとかしなくては」という、看護への強い動機になっている。看護師もまた感情をもった人間であり、訪問看護を行う上で、看護師が療養者に対して抱くさまざまな感情が、その看護師の行う看護には強く結びついているはずである。このような看護師の感情を認め、支えたり守ったりすることが大切であろう。

今回の実践の現場での観察をとおして、看護師は療養者や家族の人生に思いを馳せていたり、療養者の考え方や生き方から深い感銘を受けたりしながら看護を行っているのだということが、多くの場面より感じられた。また、そうしてさまざまな人々の人生に触れることによって、看護師は自分自身の人生を見直し、人生のありようについて、考えを深めていることが示された。

また、何よりもこの研究で明らかになったことは、訪問看護師と療養者との関係性において、訪問看護師が療養者の状況に巻き込まれ、まさに当事者であるともいえるような状況の中で、療養者とともに悩み、傷つきながら、「これしかない」というぎりぎりの判断を行っていたことである。訪問看護師の臨床判断は、曖昧に見えながらも、ぎりぎりの絶対的なものでもあるという、特性をもっている。そして、このような看護師の判断のことを、チャンブリスが述べたような道徳的判断であると考え。道徳的判断は、看護師が悩みながらも、療養者の幸福と権利を尊重し、自らの責任性や倫理性を意識しながら行う主体的な判断であり、この判断を支えているのが療養者と同じ場でともに過ごしてきた関係と時間なのではないだろうか。

訪問看護師の臨床判断のプロセスには、その看護師自身の経験や成長という時間的経過や、療養者との関係性の深まりということが強く関与しており、このことが、看護師の現場での瞬時のすぐれた判断を生み出していると考えられる。

今回の調査研究では、理論的研究から得た枠組みを実証するというだけでなくにとどまらず、訪問看護師と在宅療養者の強い関係性と、その関係性による訪問看護師の臨床判断の多様さや奥深さについての考察を行うことができた。訪問看護の事例を考察するにあたって、福祉領域など看護以外の領域での論点をいくつか引用したが、本研究で得られた結果は、諸領域の実践と判断に示唆を与えるものになり得ると考える。

高齢化社会となった現在、訪問看護以外にも在宅療養者を支援するための訪問サービスは増加し、これに従事する対人援助職も漸次増加していくことが予想される。療養者の居宅における援助者と療養者との関係性、特に援助者の当事者性と、このことに関連した居宅における臨床判断のあり方についてはさらなる検討の余地がある。

6. 研究の限界と課題

訪問看護師の判断は、療養者の状況、家族の状況、経済状況、社会の状況、療養者と看護師の関係性などが重層的に関与しあっている中で行われている。これらの点については、調査を行う上で、できるだけ明らかにしていくようにしたが、研究協力者である訪問看護師には、経歴や生活史を論文の中で公表されることに対して躊躇がみられたため、看護師の背景については、多くのことを伏せたまま、記述することになった。

今後、訪問看護師の臨床判断についての研究を継続して行うにあたっては、看護師の生活史と療養者の生活史を重ねながら、この両者の交流によって、その場で、どのようなことが起こり、生み出されているのかという視点から考察を進めていくこと、およびその研究方法の検討が課題である。

主な引用・参考文献

- 1) 阿保順子 (2009) 「看護における”言葉にならない技術”論：看護と判断について」『インターナショナルナーシングレビュー』 32(4) 日本看護協会出版会 pp.33-36
- 2) Bernard, C. (1865) (三浦岱栄訳 (1938) 改訳 (1970) 『実験医学序説』岩波文庫 p.167)
- 3) Chambliss, D.F. (1996) “Beyond Caring” (浅野祐子訳 (2002) 『ケアの向こう側—

看護職が直面する倫理的矛盾』日本看護協会出版会) p.9

- 4) Gilligan, C. (1982) 『In a Different Voice—Psychological Theory and Women's Development』(岩男寿美子監訳 生田久美子・並木美智子共訳 (1986) 『もうひとつの声』川島書店)
- 5) 広井良典 (1997) 『ケアを問いなおす—〈深層の時間と高齢化社会〉』ちくま新書 pp.134-151
- 6) 稲沢公一 (2002) 「援助者は『友人』たりうるのか—援助関係の非対称性」『援助するということ』 pp.136-208 有斐閣
- 7) 看護史研究会(代表執筆遠藤恵美子)(1983) 『派出看護婦の歴史』勁草書房
- 8) 春日武彦 (2001) 『病んだ家族、散乱した室内—援助者にとっての不全感と困惑について』医学書院 p.58
- 9) 木下安子 (1978) 『在宅看護への出発—権利としての看護』勁草書房 p.18
- 10) Kleinman, A. (1988) “The Illness Narratives—Suffering, Healing and the Human Condition” 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 (1996) 『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房)
- 11) 小林亜津子 (2010) 『看護が直面する 11 のモラル・ジレンマ』まえがきより引用 ナカニシヤ出版
- 12) Mayeroff, M. (1971) “On Caring” (田村真・向野宣之訳 (1987) 『ケアの本質』ゆみる出版)
- 13) 宮崎和加子 (1998) 「訪問看護の始まり」前掲書 21 pp.285-292
- 14) 村田久行 (1994) 『ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から』川島書店 pp.4-7
- 15) Nightingale, F (1876) Metropolitan and National Nursing Association for Providing Trained Nurses for the Sick Poor. On trined nursing for the sick poor, by Florence Nightingale. A Letter Addressed to The Times of Good Friday, April 14, 1876. (薄井坦子・田村真訳 「地域看護婦は何をなすべきか」『貧しい病人のための看護』: 薄井坦子 小玉香津子他訳 (2003) 『看護小論集』現代社 pp.115-132 に所収)
- 16) 塚原康博 (2005) 『高齢社会と医療・福祉政策』東京大学出版会 pp.73-77
- 17) 鷺田清一 (1999) 『「聴く」ことのカー臨床哲学試論』阪急コミュニケーションズ p.151